



Community Health Nursing

608 Oakland Avenue  
 Elkhart, IN 46516-2116  
 (574) 523-2127  
 Fax: (574) 523-2163

Aixsa Pérez, MD  
 Health Officer

**Solicitud de Información**

Solicito recibir el registro de inmunización/ viaje concerniente a mi hijo/ mio o a quien he designado.

**Nombre(s)**

**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mande los registros a la dirección siguiente:

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

Se Ud. Prefiere se enviarán/ fax las registros a su doctor o a la escuela del niño.

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

Teléfono de Fax

**Nota:** Su pedido sera atendido tan pronto que sea posible. Por favor permita 5-7 dias el recibo de la información por correo.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Relacion:** \_\_\_\_\_

**Staff:** Information request completed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Letter sent by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_